

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego
PAŃSTWOWY POWIATOWY
INSPEKTOR SANITARNY

PROTOKÓŁ KONTROLI

w Szczecinie
140 Szczecin, ul. Wincentego Pola 6

Nr EP-227/12

Szczecin, dnia 26.04.12r.

przeprowadzonej przez FHO Antoniewicz - m. dykt. Nr up. P. P. / J. P.
(imię i nazwisko, stanowisko służbowe, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

..... pracownika (-ów)
upoważnionego (-ych) przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Szczecinie
Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2011 r. Nr 212, poz. 1263.), w związku art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2000 r. nr 98, poz. 1071, z późn. zm.).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO ZAKŁADU/ OBIEKTU

I.1. Zakład/obiekt kontrolowany: (pełna nazwa, adres, telefon, faks):
Szesciookielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2 PUM
ul. Kant. Mellinowska 72 70-111 Szczecin

I.2. Właściciel /osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań:
Powiatowy Uniwersytet Medyczny ul. Rebellio 1
Sz - ciu
(imię i nazwisko / pełna nazwa / inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich współników)

(adres zamieszkania / adres siedziby /w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich współników / telefon / faks)
I.3. NIP 955-19-08-958 **REGON** 000288900 **PESEL** me dot

I.4. Kierujący zakładem/obiektem kontrolowanym: (imię i nazwisko, stanowisko)
Ryszard Chmielewski - Dyrektor

I.5. Przedstawiciel zakładu/obiekту w obecności, którego przeprowadzono kontrolę* (imię i nazwisko, stanowisko)

I.6. Inne osoby w obecności, których przeprowadzono kontrolę* (imię i nazwisko, ewentualnie adres):
me dot

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

II.1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 26.04.12r godz. 14⁰⁰

II.2. Zakres przedmiotowy kontroli: kontrola zaleceń pkt 17 i 18
Decyzji P.FP.600-2-57/11 z dn. 19.10.2011r.

III. WYNIKI KONTROLI:

III.1. Informacje o kontrolowanym zakładzie/obiekcie (stan formalno-prawny, nr wpisu do KRS, informacje o toczącym się aktualnie postępowaniu administracyjnego-egzekucyjnym w stosunku do kontrolowanego podmiotu, informacje dotyczące ustaleń pokontrolnych innych kontroli, legalność działania, inne informacje istotne dla ustaleń kontroli, itp.): KRS: 000013427

Obowiązuje decyzje administracyjne z zaleceń
Kierowni Komunalnej i Miejskiej Pracy.
W trakcie kontroli stwierdzono wykonanie
pkt. 17 i 18 K/P Decyzji, a dotyczący one:

pkt: 17 - Odwrotnie taborety i podłokielki w Kuchce Października i Gielniogopi na Bloku Powodowo-oprzedelipijny

pkt: 18 - Odwrotnie zuzrywony blat i potki pól zlewelle w gab. Nr 205 Kuchki Gielniogopi i Dulkolopi Gielniogopi, Doronyi i Dzielecept

III.2. Wyposażenie użyte podczas kontroli:

nie dat

III.3. Podczas kontroli do badań laboratoryjnych pobrano próbki – nr protokołu/ów*

nie dat

III.4. Korzystano* z wyników badań i pomiarów:

nie dat

III.5. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli:

nie dat

IV. Nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli z podaniem przepisów prawnych, które naruszono*:

.....

nie dot

V. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu*

.....

nie dot

**VI. Uwagi i zastrzeżenia osób uczestniczących w kontroli.
 Wnoszę/nie wnoszę** uwagi i zastrzeżenia do opisanego w protokole stanu faktycznego:**

.....

VII. Za stwierdzone nieprawidłowości wymienione w protokole w pkt. nie nałożono/nałożono mandat karny na**

.....

(imię i nazwisko, stanowisko)

..... w wysokości..... na podstawie art.
 (nr mandatu karnego) (podstawa prawna)

Upoważnienie do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego z dnia..... nr

Poprawki i uzupełnienia do protokołu – naniesiono/nie naniesiono**

.....

(podać: numer strony protokołu, określenia lub wyrazy błędne i te, które je zastępują)

Protokół został sporządzony w 2 jednobrzmiących egzemplarzach, a następnie po odczytaniu i omówieniu został podpisany/odmówiono podpisania.**

W przypadku odmowy podpisania protokołu należy wpisać powód odmowy podpisania protokołu.

.....

Dokonano/nie dokonano wpisu w książce kontroli sanitarnej i książce kontroli**
Wydano/nie wydano** na podstawie art. 31. §1 ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej doraźne zalecenia, uwagi i wnioski, które wpisano w książkę kontroli sanitarnej ****

.....

Data i godz. zakończenia kontroli: 26.04.12. godz 15⁰⁰

Łączny czas kontroli: 1h

SPECJALISTKA
PIELĘGNIARSTWA EPIDEMIOLOGICZNEGO
 Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2
 PUM w Szczecinie
 70-111 Szczecin, al. Powstańców Wielkopolskich 72
 tel. 91/466 10 10, fax 91/466 10 15
 NIP: 955-19-08-958, REGON: 000288900
 mgr pielęgniarstwa

(podpis i/lub pieczęć strony /przedstawiciela kontrolowanego zakładu)

.....
 (podpis osób obecnych podczas kontroli)

.....
 (podpis i/lub pieczęć osoby(osób)kontrolującej(ych))

POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu 26.04.12.

SPECJALISTKA
PIELĘGNIARSTWA EPIDEMIOLOGICZNEGO
 Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2
 PUM w Szczecinie
 70-111 Szczecin, al. Powstańców Wielkopolskich 72
 tel. 91/466 10 10, fax 91/466 10 15
 NIP: 955-19-08-958, REGON: 000288900
 mgr pielęgniarstwa

(podpis i pieczęć osoby odbierającej protokół)

POUCZENIE: Strona/osoba upoważniona w terminie 7 dni od daty doręczenia niniejszego protokołu może zgłosić zastrzeżenia do ustaleń stanu faktycznego.

Wyniki kontroli dotyczą warunków skontrolowanego zakładu/obiektu w czasie i miejscu trwania kontroli. Strona na każdym etapie postępowania ma prawo wglądu w dokumentację w siedzibie Stacji.

* - w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”
 ** - właściwe zakreślić